Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

BRAMPTON CIVIC HOSPITAL PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP PROJECT

(Section 3.03, 2008 Annual Report of the Auditor General of Ontario)

2nd Session, 39th Parliament
59 Elizabeth II

Library and Archives Canada Cataloguing in Publication Data

Ontario. Legislative Assembly. Standing Committee on Public Accounts
Brampton Civic Hospital public-private partnership project (Section 3.03, 2008 Annual report of the Auditor General of Ontario)

Text in English and French on inverted pages.
Title on added t.p.: Projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'Hôpital de Brampton (Rapport annuel 2008 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.03).
Also available on the Internet.
ISBN 978-1-4435-0627-4

1. Brampton Civic Hospital—Design and construction—Costs—Auditing. 2. Hospital buildings—Ontario—Brampton—Design and construction—Costs—Auditing. 3. Public-private sector cooperation—Ontario—Brampton—Evaluation. I. Title. II. Title: Projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'Hôpital de Brampton (Rapport annuel 2008 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.03)

RA967 O56 2009 725'.5109713535 C2009-964044-9E

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

The Honourable Steve Peters, MPP
Speaker of the Legislative Assembly

Sir,

Your Standing Committee on Public Accounts has the honour to present its Report and commends it to the House.

Norman W. Sterling, MPP
Chair

Queen's Park
May 2010

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

MEMBERSHIP LIST

2nd Session, 39th Parliament

NORMAN W. STERLING
Chair

PETER SHURMAN
Vice-Chair

AILEEN CARROLL

FRANCE GÉLINAS

JERRY J. OUELLETTE

DAVID RAMSAY

LIZ SANDALS

MARIA VAN BOMMEL

DAVID ZIMMER

Katch Koch
Clerk of the Committee

Susan Viets
Research Officer

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

LIST OF CHANGES TO COMMITTEE MEMBERSHIP

LAURA ALBANESE was replaced by DAVID RAMSAY on September 15, 2009.

ERNIE HARDEMAN was replaced by TED ARNOTT on September 15, 2009.

TED ARNOTT was replaced by PETER SHURMAN on February 24, 2010.

PHIL MCNEELY was replaced by AILEEN CARROLL on March 9, 2010.

CONTENTS

INTRODUCTION 1

OVERVIEW 2
Relationship between the Ministries and Infrastructure Ontario 3

OBJECTIVE OF THE AUDITOR'S AUDIT 3

ISSUES RAISED IN THE AUDIT AND BEFORE THE COMMITTEE 3
On Time on Budget: Traditional versus AFP 4
Total Number of Hospital Projects in Ontario 4
AFP Process 4
Risk Transfer 5
Risk Transfer and Size of Project 5
Other Risks 5
Infrastructure Ontario Process 5
Value-for-money Assessment 6
Board and Infrastructure Ontario Expertise 7
Projects Rejected for AFP by Infrastructure Ontario 7
Selection of P3 Contractor 8
Approach to Services 8
Life Cycle 8
Nature of Brampton Civic Hospital Contract, Including Lease 9
Financing Costs 9
Disclosure and Cost of Financing for Specific Projects 10
Cost Increases Subsequent to Selection of Preferred Bidder 11
Project Costs Defined Upfront, Including Equipment Installation Specifications 11
Generic Output Specifications 12
Local Share of Capital and Equipment Costs 12
Credit Crisis 13
Project Agreement and Performance Monitoring 14
Brampton Civic Hospital Contractual Agreement for Non-Clinical Services 14
Transparency and Accountability 15
Future Approach for Hospitals: Moving from Old to New Facilities 15

LIST OF RECOMMENDATIONS 17

INTRODUCTION

In 2003 the William Osler Health Centre (WOHC) reached an agreement to build a new Brampton Civic Hospital under a public-private partnership (P3), following a decision by the government in 2001 that P3s had to be considered before the government would commit funding to new hospitals.* In his audit report on the Brampton Civic Hospital P3 Project, the Auditor General (Auditor) noted that the costs and benefits of alternative procurement processes for the new hospital, such as traditional procurement – where the government designs and builds – were not adequately assessed. The Auditor concluded that the all-in cost for the Brampton Civic Hospital could well have been lower had the hospital and related non-clinical services been procured under the traditional procurement approach in this case.

Developments since WOHC's 2003 agreement to build the Brampton Civic Hospital under the P3 model include the following:

- In 2004 Ontario released *Building a Better Tomorrow*, a framework that stipulates the fundamental principles regarding private sector involvement in public infrastructure development. The framework incorporates procurement principles.
- In November 2005, a Crown agency, Infrastructure Ontario, was established. Its mandate is to oversee delivery of all alternative financing and procurement (AFP) projects in Ontario. (The current P3 process in Ontario is called AFP.)
- Under the 2005 *ReNew Ontario* public infrastructure investment plan, AFP projects are to undergo a value-for-money analysis by independent consultants to ensure potential cost savings in comparison with a traditional procurement approach.

The Auditor shared the key findings and recommendations from his Brampton Civic Hospital Public-private Partnership Project report (section 3.03 of the Auditor's *2008 Annual Report*) with management of the William Osler Health Centre, Infrastructure Ontario, the Ministry of Energy and Infrastructure and the Ministry of Health and Long-Term Care (Ministry of Health). The Auditor noted that as with any new process there are initially lessons to be learned. Senior officials in these organizations acknowledged this and stated that the AFP process currently in place addresses the issues raised by the Auditor.

In March 2009 the Standing Committee on Public Accounts held a day of hearings on section 3.03 of the Auditor's *2008 Annual Report*. Senior officials of the above-mentioned ministries and the William Osler Health Centre appeared

* Public-private partnerships are generally contractual agreements between government and the private sector. Private-sector businesses provide assets and deliver services, and the various partners share the responsibilities and business risks. Governments enter into P3s because the agreements provide an opportunity to transfer risks to the private sector, allow both sectors to focus on what they do best, and accelerate investment to bridge the gap between the need for public infrastructure and the government's financial capacity.

before the Committee. (For a transcript of the hearings, see Committee *Hansard*, March 25, 2009.)

The Committee endorses the Auditor's findings and recommendations and would like to thank the Auditor and his team for drawing attention to important issues regarding private sector involvement in public sector infrastructure development.

In this report the Committee makes a number of recommendations and requests that the Ministries, Infrastructure Ontario and WOHC collectively provide the Committee Clerk with a written response to each Committee recommendation within 120 calendar days of the tabling of the Committee report with the Speaker of the Legislative Assembly, unless otherwise specified in a recommendation.

OVERVIEW

William Osler Health Centre, one of Ontario's largest hospital corporations, serves Etobicoke, and Brampton and the surrounding area, the latter being one of the fastest-growing regions in Ontario. The Health Services Restructuring Commission recognized in the late 1990s that Brampton region residents needed a new hospital. In 2003, WOHC reached a P3 agreement with partners to build Brampton Civic Hospital. The partners were the Ontario Municipal Employees Retirement System (OMERS) and The Healthcare Infrastructure Company of Canada – a consortium of Ellis Don (a private-sector construction contractor) and Carillion Canada Inc. (a private-sector non-clinical service contractor).

Under the agreement the consortium would design, build and finance a new 608-bed hospital, provide certain non-clinical services and also maintain and service the facility over a 25-year period. The William Osler Health Centre agreed to a monthly payment over this 25-year period, beginning on the completion date of the hospital. WOHC also planned to redevelop Peel Memorial Hospital to provide an additional 112-bed capacity.

In October 2007, WOHC opened the new hospital. Over the three-year construction period, the cost totalled $614 million for design and construction, modifications and financing charges. The hospital had 479 beds in service. Bed expansion plans by fiscal year are as follows:

- 527 beds in 2009/10;
- 570 beds in 2010/11; and
- 608 beds by 2011/12.

At the time of the audit Peel Memorial Hospital provided no clinical services. The Ministry of Health, WOHC and the Local Health Integration Network (LHIN) were to determine the future plan for the Peel project.

Relationship between the Ministries and Infrastructure Ontario

The Ministry of Health oversees and promotes the health system for the physical and mental well-being of the people of Ontario. The Ministry of Energy and Infrastructure's mandate includes overseeing the delivery of major capital projects, such as hospitals, courthouses, roads, bridges, water systems and other public assets. Infrastructure Ontario is a Crown corporation that uses AFP to rebuild the province's infrastructure. It also provides Ontario's municipalities, universities and other eligible bodies with access to affordable loans to build and renew local public infrastructure.

The Ministry of Health and the Ministry of Energy and Infrastructure develop major capital projects together with hospitals. The Ministry of Health works with hospitals and the LHINs to determine the extent of programs and services as well as matters related to space and design, capital cost share, the local share plan, and post-construction operating funding. The Ministry of Energy and Infrastructure and Infrastructure Ontario oversee the delivery of the approved project.

Objective of the Auditor's Audit

The objective of the Auditor's audit was to assess whether

- the decision to use the P3 model was suitably supported by a competent analysis of alternatives;
- all significant risks and issues were considered and addressed appropriately in the final agreement; and
- public expenditures were incurred with due regard for economy.

Issues Raised in the Audit and Before the Committee

The Auditor noted that WOHC had invested much time and effort in planning and delivering the new hospital project. However, WOHC did not have the option of choosing which procurement to follow. Rather, it was the government of the day that decided to follow the public-private partnership (P3) approach. The Auditor noted that, before this decision was made, the costs and benefits of alternative procurement approaches, including traditional procurement, were not adequately assessed. This, along with a number of other issues the Auditor had with respect to this first P3 project at WOHC, led the Auditor to conclude that the all-in cost could well have been lower had the hospital and the related non-clinical services been procured under the traditional approach, rather than the P3 approach implemented in this case. However, as with any new process there are initially lessons to be learned. Senior officials in these organizations acknowledged this and stated that the AFP process currently in place addresses the issues raised by the Auditor.

On Time on Budget: Traditional versus AFP

The Ministry of Health said that AFP entrenches the obligation of the private sector to deliver hospital projects on time and on budget. The Committee asked whether the Ministry had ever conducted a review of traditionally procured hospital projects (for example, over the past 20 years) to determine how many of these were on time and on budget. The Ministry said that it did not believe that such a study existed.

Total Number of Hospital Projects in Ontario

According to the Ministry of Health there are about 117 hospital projects in Ontario. Thirty-nine are major projects that existed before the creation of ReNew Ontario (which works under the IO approach) and 78 are major projects that the government has announced and will span the period up to 2011-12.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

1. **Until the completion of the 117 hospital projects currently underway in Ontario, the Ministry of Health and Long-Term Care shall report back annually to the Standing Committee on Public Accounts on which projects were completed in the fiscal year, identifying those which were on time and on budget, as well as those which were not. The Ministry shall also specify the type of procurement used for each hospital project included in its report.**

AFP Process

In his audit of the Brampton Civic Hospital P3 project, the Auditor concluded that there was no formal assessment of the costs and benefits of all available procurement alternatives. He recommended that all feasible alternatives be evaluated and that consideration be given to expanding the involvement and expertise of Infrastructure Ontario to all infrastructure projects. The Ministry of Health indicated that the current AFP process addresses the Auditor's concern in that individual projects are, in effect, evaluated against policy priorities to ensure that they are consistent with those priorities. Investment decisions are made independently of the assessment of procurement alternatives.

The Ministry described AFP as a method of delivering large, complex infrastructure projects that leverages private sector resources and expertise. All of the projects undertaken by Infrastructure Ontario using the AFP methodology are guided by five key principles:

- Public interest is paramount.
- Value-for-money must be demonstrable.
- Appropriate public control and ownership must be preserved.
- Accountability must be maintained.

- All processes must be fair, transparent and efficient.

The Ministry noted that all of the hospitals using AFP are publicly owned, publicly operated and publicly accountable.

Risk Transfer

In his report on the Brampton Civic Hospital project, the Auditor said that the extent to which a properly structured traditional procurement contract could have resulted in a lower all-in cost should have been more carefully considered before making the decision to follow the P3 approach. With respect to the provision of hospital non-clinical services, he also noted that the William Osler Health Centre estimated $95 million in risk transfer to private sector partners under the P3 agreement for the risk of price fluctuations from such issues as estimation errors and inflation. The Auditor said much of this $95 million in risk transfer may not be realizable, owing to re-pricing provisions in the project agreement. The Auditor recommended that in assigning transferable risks, that all relevant factors, including those that mitigate the risks, should be considered. He also recommended that actual experience from previous AFP projects should be applied wherever possible and said that the transfer of risk should be supported by the terms of the project agreement.

The Ministry of Energy and Infrastructure said that assessment of the amount of risk transfer is not scientific but "has been brought to some level of discipline." The Ministry of Health believes that the province is getting best-value bids by looking at options to transfer the risks associated with the building project itself. It said that under AFP projects substantial risks associated with design, building, financing, operation and maintenance are transferred to the private sector.

Risk Transfer and Size of Project

The Ministry of Energy and Infrastructure examines several risk criteria before determining whether a project should be included in an AFP structure. These include the following: the amount of effective risk transfer that can take place; opportunity for innovation; and, the size of the project. The Ministry determines whether there is a large enough volume or size of project that it will obtain financing interest and consortium interest.

Other Risks

The Ministry of Energy and Infrastructure noted that other criteria, including the types of risks associated with the project (e.g., environmental risk), the types of legislative and regulatory constraints that might apply that would not allow for an AFP, and other conditions are assessed. It said that the majority of infrastructure projects in Ontario are not AFPs, even though there are several underway now.

Infrastructure Ontario Process

The Ministry of Health said that since Brampton Civic Hospital was completed, there have been significant changes in the way that large infrastructure projects

are built and financed in Ontario. It added that most of the issues related to project procurement that were highlighted in the Auditor General's report are now being better handled by Infrastructure Ontario.

Value-for-money Assessment

The Auditor noted that the value-for-money assessment conducted for the Brampton Civic Hospital project was not based on a full analysis of all relevant factors and criteria and was carried out too late to allow improvements to be made to the procurement process. The Auditor recommended that value-for-money assessments should have relevant and clear criteria, and should be conducted at the earliest stage of the procurement process. The Auditor also noted that the value-for-money assessment of Brampton Civic Hospital could be perceived as biased, as the only way that the William Osler Health Centre could receive funding for a new hospital was to follow the P3 approach. He recommended that comparing costs under the traditional approach and the AFP approach should be an objective process to reduce the risk of any bias in comparison.

The Ministry of Health said that Infrastructure Ontario's value-for-money methodology has been reviewed and judged sound by major accounting firms and by the Ontario government internal auditor. The Government of Canada's public-private partnership screening guidelines list Infrastructure Ontario's value-for-money assessment guide as its preferred tool for determining value for money. The Ministry of Health said that the Ministry of Energy and Infrastructure conducts an initial assessment of projects to determine whether they are suitable for AFP and should be assigned to Infrastructure Ontario. When projects are referred to that agency, value-for-money assessments are conducted at three stages, with increasing specificity at each new stage.

The first assessment is prior to the release of the request-for-proposal (RFP). The engineering and architectural advisers to the hospital determine a cost estimate and therefore generate a value-for-money estimate. If that value-for-money is positive, Infrastructure Ontario will approve the issuance of the RFP. When bids are received, a value-for-money assessment is carried out on the lead bidder. The third value-for-money assessment occurs at financial close, when rates are set for capital costs and borrowing costs.

Infrastructure Ontario examines the cost of borrowing both for the (private sector) consortium and for the government. It also assesses the base costs of construction, which would be the same regardless of whether construction occurs under a traditional or AFP model. The amount of risk premium that is retained by government under a traditional design-bid-build versus an AFP model is also assessed.

Infrastructure Ontario uses industry experts, value-for-money advisers and historical data to quantify the probability of risk occurring and the related cost impact. The risk premium assessment is based on a risk register for hospitals that has been developed in conjunction with Altus Helyar, a cost consulting/property surveyor firm that advises the agency. Risk assessment is based on the probability

and severity of risk, which is then measured against capital costs, creating a value-for-risk transfer. An assessment is made risk category by risk category, for each specific project, determining who will retain the risk, and then looking at the probability and severity of that risk.

In order to determine the total cost, Infrastructure Ontario also includes transaction costs and advisers' costs associated with the project. It compares the traditional (government design-bid-build) method against AFP. If the cost of the latter is less than the former, the determination is that there is value-for-money in the AFP process.

Board and Infrastructure Ontario Expertise

The Committee asked how the Ministry of Energy and Infrastructure is able to create a level playing field in negotiations with, for example, huge multinational contractors involving financiers from investment banks who are highly skilled in negotiating deals and have a degree of knowledge those negotiating deals on behalf of the hospital may not have. The Ministry said not to underestimate the sophistication of hospital board members. Some, for example, are investment bankers, corporate bankers or heads of construction firms. In addition to this, Infrastructure Ontario finds individuals with expertise in such areas as engineering, construction project management, architecture, design, and project finance. The Ministry said that Infrastructure Ontario has done a good job in assembling a sophisticated team.

Advisers are also hired who have worked with some of the financiers in other transactions. The advisers are there to provide legal advice and have expertise in Canadian international law regarding deal structuring, transaction and financial advice with respect to credit risk, and financial evaluation. Some bureaucrats have worked in project finance and have experience in infrastructure projects.

The Ministry of Energy and Infrastructure noted that a hospital deal is a procurement process. The transaction and deal structure is set by Infrastructure Ontario with the hospital, and previous guidance from the Ministry of Health. Face-to-face negotiations are less of an issue in these transactions. The Ministry of Energy and Infrastructure believes the public interest is well protected.

Projects Rejected for AFP by Infrastructure Ontario

The Ministry of Energy and Infrastructure said that Infrastructure Ontario recently determined during value-for-money assessments that two projects for Quinte Health Care and a significant reconstruction at the Ottawa General Hospital were deemed not to have value-for-money and were therefore not appropriate projects for AFP.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

2. **In light of the fact that substantial project management expertise is now available through Infrastructure Ontario for projects procured under alternative financing and procurement (AFP), the Ministry of Health and Long-Term Care shall report to the Standing Committee on Public Accounts on how the Ministry is able to monitor whether a hospital undertaking the traditional design-build procurement is able to apply a similar level of project management expertise for overseeing those projects.**

Selection of P3 Contractor

In his report on the Brampton Civic Hospital project the Auditor said that in Ontario only a limited number of contractors had the capacity to undertake large institutional projects. He also said that the mingling of capital construction and operational support services in the Brampton Civic Hospital project might have further limited competition and reduced value for money. He recommended that before a decision is made to enter into an AFP arrangement that a comprehensive market assessment should be carried out.

Approach to Services

The Ministry of Health noted that the AFP approach to services is different from the former approach for P3 projects. In December 2006 the government decided to exclude hospital ancillary services, such as laundry, patient food services, linen, porter services, and housekeeping from AFP projects. The government decided against the inclusion of such ancillary services because of operating difficulties that can arise. Only the "hard facility" (the physical plant), such as building, maintenance and engineering, which would be managed by an external entity, is included in AFP projects. All the ongoing day-to-day management of the facility such as security and parking is allowable, but is not mandatory, under AFPs. The Ministry said that the decision to exclude hospital ancillary services reaffirmed the government's commitment that AFP hospital projects are about the design, construction and maintenance of hospital facilities. Services involving direct patient care are not part of AFP agreements.

Life Cycle

According to the Ministry of Health, life cycle is an innate part of AFP long term agreements. Under these agreements, the private sector partner is responsible both for day-to-day caretaking and for maintaining the standard of the physical plant over the period of the agreement. The Brampton Civic Hospital project included full life cycle costs, as well as ancillary services.

Mr. Ken White, supervisor, WOHC, said that the life cycle component can be a key element in securing investment. He noted that owing to inflationary pressures,

hospital maintenance has been "squeezed" and that maintenance deficiencies occur as infrastructure ages.

Nature of Brampton Civic Hospital Contract, Including Lease

Mr. Ian Marshall, vice-president and general counsel, WOHC, said there is a primary project agreement between the hospital corporation and a special-purpose project company. This is the overarching agreement covering the design, build, finance, maintain and ancillary service provision aspects of the project. A number of underlying agreements between various entities facilitate the transaction. One of these is a lease between the hospital corporation and the project company, with a leaseback to the hospital corporation. The leaseback provides the hospital corporation with the right to occupy the premises, short of its own default. Mr. Marshall said that the hospital, being the owner of the fee simple and the land, is the owner of the fixture built on the premises – the facility. (He also noted that this is a matter of legal opinion.) The lease was provided because it gives the project company (for the lender's satisfaction) an interest in the facility. The lender will not receive final payment until the end of the 25 year payment period. Instead of transferring the ownership to the private corporation and then buying it back for $1 after 25 years, the same result has in effect been achieved with a lease and leaseback.

Financing Costs

In his report on the Brampton Civic Hospital P3 project, the Auditor noted that in comparing the design and construction costs of the traditional procurement approach and the P3 approach, the hospital assumed that there would be no financing under the traditional approach but that the design and construction costs under the P3 approach would be financed. The Auditor recommended that in order to ensure that all options are adequately considered, the decision to build and the decision to finance should be evaluated separately. The Auditor also noted that for the Brampton Civic Hospital project additional costs of following the P3 approach, including interest rate differentials between private-sector and government borrowing and other transaction costs, should have been included in the decision-making process. The Auditor recommended that all significant costs of AFP should be assessed in the decision-making process.

Mr. Marshall said that the private corporation receives a monthly lump sum called the unitary charge/unitary payment that was calculated in accordance with a 200 page financial model. There are a number of line items in the model breaking out components that comprise the unitary charge. These relate to such factors as construction of the facility, financing costs and day-to-day services. There is a financing charge in that agreement on the capital. The senior debt interest rate under the project agreement – the benchmark bond rate used – was 4.95%. The credit spread was 1.35% for a total senior debt coupon rate of 6.3%.

At the time that the private sector bids were submitted, those submitting had to provide a benchmark interpolated rate on Government of Canada bonds and a

specified 1.35% credit spread.** If the bidder could not meet the credit spread, there was an opportunity to walk away from the deal. The private sector bidders were under an obligation to raise financing as initially promised and to not exceed that cost.

Capital Cost Allowance

The Committee wanted to know whether capital cost allowance was taken into account in contract negotiations. The Ministry of Energy and Infrastructure said that the debate is not about the cost of capital, it is about risk and under P3s (during the time of the Brampton Civic Hospital procurement) it was about transfer of risk. The Ministry noted that if there is a capital cost allowance opportunity for the private sector consortium or for a member within the consortium that could be a gain share opportunity for the province.*** However, it said that this deal was a procurement that examined certain specific criteria, such as the consortium's committed financing and its total cost of the project. The Ministry believes that such factors were of greater interest and applicability to the province than considerations of the consortium's tax treatment and where it was domiciled; how the consortium chose to structure itself and to take advantage of tax treatment in Delaware was not something that the province could affect.

The Committee said this could be affected by negotiating for a better rate if the consortium did have a capital cost allowance advantage. The Ministry of Energy and Infrastructure said that the issue would be where to stop with negotiations.

Mr. Marshall said that the hospital wanted to be insulated from considerations of tax treatment. The hospital did not want to be affected if the consortium could not realize its tax treatment expectations. How the bidding consortia structured themselves was considered proprietary, confidential information because not all consortia structured themselves the same way.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

3. **Infrastructure Ontario shall report to the Committee on whether it includes as part of its value-for-money assessment an estimate of the potential tax benefits resulting from capital cost allowances and other items included in the proposed alternative financing and procurement (AFP) arrangement that will accrue to its private sector partners.**

Disclosure and Cost of Financing for Specific Projects

The Committee asked why the Ministry of Energy and Infrastructure does not reveal the cost of financing for specific projects. The Ministry said that the cost of

---

** Interpolating a rate is the process of calculating a rate for a forward date, which does not fall on a fixed date.

*** A gain share means that if the actual cost is lower than the target cost, then the contractor will share the gain with the purchaser.

financing is both project-specific and consortium-member-specific. The rate will vary from consortium to consortium depending on such factors as a consortium's credit rating, its structure, its ability to finance a project, and how it is able to obtain committed financing. Conditions vary over time. The borrowing rate is proprietary information of the consortium. The disclosure policy referred to above by the Ministry of Health makes information available to allow for as much transparency as possible without impacting the bidder's proprietary information.

The Committee asked whether it could obtain the average cost of financing for P3 and AFP projects. The Ministry of Energy and Infrastructure said that such information would be a data point taken out of context. Providing an average for differing projects that would vary according to such factors as design-build-finance versus design-build-finance-maintain, size of project, consortium membership, ability to borrow, and differing covenants would create disinformation. The Ministry also said that Infrastructure Ontario's policy is to not provide this information. The Committee said that it understood that Infrastructure Ontario does not disclose financing for specific projects. The Committee requested the Ministry to provide an average cost of financing, based on a grouping of projects that it felt was appropriate, in order to arrive at some determination of how much the people of Ontario are paying for financing the projects. The Ministry said it would take this under consideration.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

4. **The Ministry of Energy and Infrastructure shall report to the Standing Committee on Public Accounts on the average cost of financing of the alternative financing and procurement (AFP) hospital project agreements that have so far been signed.**

Cost Increases Subsequent to Selection of Preferred Bidder

Project Costs Defined Upfront, Including Equipment Installation Specifications

The Auditor noted in his report that WOHC paid an additional $63 million, primarily for modifications to accommodate the installation of medical equipment and questioned whether some of these costs could have been avoided with better upfront planning. WOHC acknowledged part of the cost could have been avoided with better planning. According to the Ministry of Health the AFP process was corrected so that all specifications related, for example, to equipment installation, are part of the upfront consideration.

The Ministry of Health and the hospital determine these specifications before the RFP is issued in order to limit scope changes during construction, to keep the costs on budget, and to allow the contractor to meet deadlines. This means that the major equipment decisions have already been made and are incorporated into the agreement before a building is built. The Ministry of Energy and Infrastructure said that the project specifications that the hospital is required to have in place are

critical upfront because they determine what elements will be required of the bidder, and this is integrated into the RFP documents. This means that the bidders clearly understand what they are bidding on and there is a very limited opportunity to subsequently change the scope of the project.

The Ministry of Health noted that in the case of Brampton Civic Hospital there was "some drift." It said that one of the lessons learned from the Brampton project related to pre-planning. According to the Ministry, now that the program specifications, the volumes, the size and the scope of the project are specified at the beginning, and integrated into the RFP process and the tendering, those decisions are fixed from the perspective of a clear understanding of the size and scope of the project. There will always be cost escalations over time based on money costs, construction costs, and issues related to the general economy. However, that is not only an issue for AFP, it is an issue for all Ministry of Health construction projects.

Infrastructure Ontario's project management responsibility, once the consortium has been chosen, is to represent the client (the hospital and the Ministry of Health) and to protect the client's interests. The Ministry of Energy and Infrastructure cited one example of protection of a client's interests that occurred, relating to geotechnical concerns in a project. Infrastructure Ontario argued that the client had transferred geotechnical risk to those building and that those building should have been properly prepared by understanding such matters as soil conditions. The Ministry of Energy and Infrastructure also said that once a contract has been struck, effort is required to reopen the contract, which imposes a certain degree of discipline in preventing the alteration of agreed upon specifications. The financiers introduce an additional level of discipline. The financiers want to ensure that the money they have invested will not be (adversely) affected as the financiers will not be paid until the hospital deems the project complete.

Generic Output Specifications

The Ministry of Health, in conjunction with colleagues, has been developing "generic output specifications." In cases of a new-build hospital, there are generic specifications that apply consistently and save time in the consulting and design phases. These are now built into the specifications of all like projects.

Committee Recommendation

5. **The Standing Committee on Public Accounts is encouraged by the potential for value for money in applying generic hospital design specifications and therefore requests that the Ministry of Health and Long-Term Care report on whether all hospital capital projects are required to utilize these specifications.**

Local Share of Capital and Equipment Costs

In his report, the Auditor said that WOHC initially had a significant funding shortfall for its share of the cost of the hospital's design and construction and the equipment, noting that the government will have to cover the shortfall. He

recommended that before granting approval for a new hospital, the government should carry out a more comprehensive assessment of whether the hospital has a realistic plan for raising its agreed-to local share of the funding.

The Ministry of Health said that the current funding ratio for capital projects is that the province pays for 90% of the capital costs and the local community pays for 10%. Over a number of years the Ministry has had different ratios for capital projects as well as a funding policy for furnishings and equipment. The ratio has varied from 50-50 to 80-20 and in some cases the Ministry has paid for 100% of costs, mostly related to mental health or very specialized facilities. The hospital, and hence its local community, has always been tasked with fund raising for the smaller portion of the ratio.

Since 2006 the ratio has been 90-10. The rationale for this was that as the size of projects grew, the costs associated with the full rebuild of hospitals and the replacement of total infrastructure grew. The ability of local communities to raise a large amount, such as 20%, 30% or 40% of the cost, became difficult. The government decided that it was more important to replace the infrastructure and to reconsider the funding share model, hence the change to 90-10. The Ministry of Health said that the fundraising burden on a local community is substantially less as a result of the current ratio.

An additional change related to equipment purchases. Previously the Ministry of Health paid for a significant portion of new equipment. Now hospitals pay for 100% of equipment purchases.

The Committee raised the issue of the community's difficulty in gauging and responding to an increased local share cost as project costs increase over the duration of the project. The Ministry of Health said that the planning cycle is long, lasting for years, not months. As time passes technology can change resulting in project cost increases by the end of the planning process. Costs may increase again during the RFP process and construction period owing to construction cost increases. In cases where the local share of the capital cost was 50%, these cost increases could have a significant impact on local communities. This is why the government decided to shift a significant portion of construction costs to the province.

Credit Crisis

The Ministry of Energy and Infrastructure commented on dramatic changes that have occurred in the credit markets since the fall of 2008. It said that private equity and infrastructure funds have tightened credit but that there has been a flight to quality projects that are defined by the nature and sponsor of the projects. The Ministry referred specifically to government infrastructure sponsors; these projects are attracting capital and capital interest from a wide array of financiers and financing institutions. Three projects have closed successfully since the fall for Infrastructure Ontario.

The Ministry of Energy and Infrastructure noted that under the AFP model committed financing must be provided at commercial close. Moving from commercial close to financial close can take a number of weeks or sometimes a number of months, as is the case in the tightened credit market. The Ministry said that its projects had all come to closure based on the ability of the proponents involved to secure financing. It added that it is Infrastructure Ontario's job to monitor credit availability. Infrastructure Ontario examines weekly credit conditions and also assesses how it evaluates financing and committed financing in its project agreements and RFP processes.

Project Agreement and Performance Monitoring

Brampton Civic Hospital Contractual Agreement for Non-Clinical Services

The Auditor noted in his report on the Brampton Civic Hospital that WOHC had yet to establish procedures for monitoring the performance of the private-sector partner (with regards to non-clinical services provision). He recommended that hospitals should have adequate procedures in place to verify the performance of contractors and that any resulting adjustments to the unitary payment should be made on a timely basis.

The Ministry of Health said that the service agreement for Brampton Civic hospital is large. Each area of service provision, such as housekeeping and laundry, requires lengthy contractual provisions in order to obtain continued value for money. Mr. White described these contractual agreements as detailed documents that are difficult to understand, adding that it is hard to determine what measures to use to ensure that the required level of service is obtained. The Ministry of Health said that the 2006 decision to leave non-clinical services out of AFP agreements substantially simplifies the contractual arrangements.

Mr. White noted that simplification is necessary to ensure that implementation of the agreements results in the achievement of goals and not just "a whole lot of people maintaining metrics." At Brampton Civic Hospital, any variance between 95% and 105% in, for example, volumes of housekeeping services or porter services, is adjusted every month on the bill. The hospital only pays for what it receives. There are additional metrics for such issues as satisfaction levels. These are complex, but the intention is that the hospital only pay for services received.

The Committee asked about a comment from Mr. White's predecessor that the expectation was that Brampton Civic Hospital would receive more non-clinical services as a result of the agreement. Mr. White said that the perception is that people put a good deal of effort into striking a complex but very detailed agreement, with rigorous targets. He believes this constitutes the basis for his predecessor's comment. However, he said that what is now required is to simplify matters and focus on what is required in terms of service, as opposed to some of the expectations "that I think are maybe not reasonable."

According to Mr. White the hospital's operating budget is comprised of the global budget and the post-construction operating plan (PCOP), which includes details

related to the agreement for non-clinical service provision and anticipates standard costs regarding increasing patient levels. If non-clinical service levels increase, then a larger portion of the operating budget is used for non-clinical services. However, Mr. White noted that this cost increase is covered by the Ministry of Health. The Committee asked what impetus exists to keep costs down if the Ministry covers the cost increases. Mr. White said that he is currently working with the Ministry on this matter. The goal is to determine how to make the non-clinical service provision agreement a simpler agreement and how to create the right incentives to reduce costs. Mr. White is pleased by the government's 2006 decision to exclude ancillary services from AFP agreements.

Transparency and Accountability

In his report on the Brampton Civic Hospital the Auditor said that there was no standard policy on disclosure practices specific to P3 arrangements. He recommended that in order to ensure transparency, Infrastructure Ontario should establish and communicate a policy on disclosure of AFP information.

The Ministry of Health responded to this recommendation by noting that Infrastructure Ontario is committed to transparency and follows a disclosure policy consistently on all projects. Request for qualifications are posted on MERX, which is the government's electronic tendering service, and all requests for proposals, project agreements and value-for-money reports are posted on Infrastructure Ontario's website. Methodologies related to value for money and risk transfer are also freely available.

Future Approach for Hospitals: Moving from Old to New Facilities

The Ministry of Health said that part of the rationale for the appointment of a WOHC supervisor in the Brampton Civic Hospital project related to the complexity of finishing a very large construction project and moving into a new facility, while maintaining quality patient services. The Ministry is formulating a process to manage these issues in the future. Mr. White said that he sits on the Ministry's committee that is examining how to deal with such transitions.

The Ministry said that at Brampton Civic, hospital operating changes were required because staff was not familiar with the new facility, which differed from the old facility. Populating the hospital, taking it over and designing changes in operation to accommodate the new premises have all been important issues. The Ministry is developing a more consistent approach to assist hospitals in moving from old to new facilities.

The Committee commented on past protests by local community members over the quality of services provided by Brampton Civic Hospital. Mr. White said that Brampton Civic is a state-of-the-art hospital in Ontario that, with its technology and team, is leading-edge. However, he also noted that the transition to this type of facility was dramatic and at the time, the hospital faced a number of internal issues. Mr. White said that it is necessary to anticipate such issues going forward as these can jeopardize stability and safe patient care. He said that he believes

most issues have been addressed in connection with Brampton Civic Hospital. He noted that the community had different expectations regarding where the hospital would be located and what would happen to the old hospital. He said the hospital has worked extensively with the community and has made some major gains.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

6. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall report to the Standing Committee on Public Accounts on any guidelines that it has to facilitate the transition from old hospital facilities to new hospital facilities. If the Ministry does have such guidelines, it should also comment on how the experience of the Brampton Civic Hospital project influenced the content of the guidelines.**

LIST OF RECOMMENDATIONS

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

1. **Until the completion of the 117 hospital projects currently underway in Ontario, the Ministry of Health and Long-Term Care shall report back annually to the Standing Committee on Public Accounts on which projects were completed in the fiscal year, identifying those which were on time and on budget, as well as those which were not. The Ministry shall also specify the type of procurement used for each hospital project included in its report.**

2. **In light of the fact that substantial project management expertise is now available through Infrastructure Ontario for projects procured under alternative financing and procurement (AFP), the Ministry of Health and Long-Term Care shall report to the Standing Committee on Public Accounts on how the Ministry is able to monitor whether a hospital undertaking the traditional design-build procurement is able to apply a similar level of project management expertise for overseeing those projects.**

3. **Infrastructure Ontario shall report to the Committee on whether it includes as part of its value-for-money assessment an estimate of the potential tax benefits resulting from capital cost allowances and other items included in the proposed alternative financing and procurement (AFP) arrangement that will accrue to its private sector partners.**

4. **The Ministry of Energy and Infrastructure shall report to the Standing Committee on Public Accounts on the average cost of financing of the alternative financing and procurement (AFP) hospital project agreements that have so far been signed.**

5. **The Standing Committee on Public Accounts is encouraged by the potential for value for money in applying generic hospital design specifications and therefore requests that the Ministry of Health and Long-Term Care report on whether all hospital capital projects are required to utilize these specifications.**

6. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall report to the Standing Committee on Public Accounts on any guidelines that it has to facilitate the transition from old hospital facilities to new hospital facilities. If the Ministry does have such guidelines, it should also comment on how the experience of the Brampton Civic Hospital project influenced the content of the guidelines.**

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

PROJET DES PARTENARIATS ENTRE LES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ DE L'HÔPITAL DE BRAMPTON

(Rapport annuel 2008 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.03)

2ème session, 39e législature
59 Elizabeth II

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada

Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comptes publics
Projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'Hôpital de Brampton (Rapport annuel 2008 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.03)

Texte en français et en anglais disposé tête-bêche.
Titre de la p. de t. additionnelle: Brampton Civic Hospital public-private partnership project (Section 3.03, 2008 Annual report of the Auditor General of Ontario)
Également disponible sur l'Internet.
ISBN 978-1-4435-0627-4

1. Hôpital de Brampton—Conception et construction—Coût—Audit. 2. Hôpitaux—Ontario—Brampton—Conception et construction—Coût—Audit. 3. Partenariat public-privé—Ontario—Brampton—Évaluation. I. Titre. II. Titre: Brampton Civic Hospital public-private partnership project (Section 3.03, 2008 Annual report of the Auditor General of Ontario)

RA967 O56 2009 725'.5109713535 C2009-964044-9F

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

L'honorable Steve Peters
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,

Norman W. Sterling

Queen's Park
Mai 2010

COMPOSITION DU

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

2ème session, 39e législature

NORMAN W. STERLING
Président

PETER SHURMAN
Vice-président

AILEEN CARROLL

FRANCE GÉLINAS

JERRY J. OUELLETTE

DAVID RAMSAY

LIZ SANDALS

MARIA VAN BOMMEL

DAVID ZIMMER

Katch Koch
Greffier du comité

Susan Viets
Recherchiste

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

LISTE DES CHANGEMENTS DANS LA COMPOSITION DU COMITÉ

LAURA ALBANESE a été remplacée par DAVID RAMSAY le 15 septembre 2009.

ERNIE HARDEMAN a été remplacé par TED ARNOTT le 15 septembre 2009.

TED ARNOTT a été remplacé par PETER SHURMAN le 24 Février 2010.

PHIL MCNEELY a été remplacé par AILEEN CARROL le 9 Mars 2010.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

VUE D'ENSEMBLE 2
Relation entre les ministères et Infrastructure Ontario 3

OBJECTIF DE LA VÉRIFICATION 3

QUESTIONS SOULEVÉES DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ 4
Respect des délais et des budgets : Comparaison de la méthode classique et du modèle DMFA 4
Nombre total de projets de nouveaux hôpitaux en Ontario 4
Processus DMFA 5
Transfert des risques 5
Transfert des risques et envergure du projet 6
Autres risques 6
Processus d'Infrastructure Ontario 6
Évaluation de l'optimisation des ressources 6
Expertise du conseil et d'Infrastructure Ontario 8
Projets dont l'exécution selon le modèle DMFA a été rejetée par Infrastructure Ontario 8
Sélection de l'entrepreneur P3 9
Approche pour les services 9
Cycle de vie 9
Nature du contrat relatif à l'hôpital de Brampton, y compris le bail 10
Coûts de financement 10
Déclaration et coût du financement de projets particuliers 12
Hausses de coûts à la suite du choix du soumissionnaire 12
Coûts de projet définis initialement, y compris les devis relatifs à l'installation d'équipement 12
Devis descriptif générique 13
Part locale des coûts des immobilisations et de l'équipement 14
Crise du crédit 15
Entente de projet et surveillance du rendement 15
Entente contractuelle avec l'hôpital de Brampton pour la prestation de services non cliniques 15
Transparence et responsabilisation 16
Approche future pour les hôpitaux : Déménagement dans de nouvelles installations 17

LISTE DES RECOMMANDATIONS 19

INTRODUCTION

En 2003, le William Osler Health Centre (WOHC) a conclu une entente visant la construction d'un nouvel hôpital municipal à Brampton aux termes d'un partenariat entre les secteurs public et privé (P3), à la suite d'une décision prise en 2001 par le gouvernement selon laquelle ces partenariats devraient être pris sérieusement en considération avant que le gouvernement de l'Ontario affecte des fonds à de nouveaux hôpitaux.* Dans son rapport de vérification du Projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'hôpital de Brampton, le vérificateur général (ci-après le « vérificateur ») souligne que les options de rechange, dont l'approvisionnement traditionnel – selon lequel le gouvernement se charge de la conception et de la construction –, n'avaient pas fait l'objet d'une analyse coûts-avantages appropriée avant que la décision soit prise. Le vérificateur conclut que le coût global relatif à l'hôpital de Brampton aurait pu être moins élevé si l'hôpital et les services non cliniques connexes avaient été acquis selon l'approche traditionnelle.

Depuis l'entente conclue en 2003 par le WOHC au sujet de la construction de l'hôpital de Brampton en vertu du modèle P3, la situation a évolué comme suit :

- En 2004, l'Ontario a publié un cadre intitulé *Pour un avenir meilleur*, qui stipule les principes fondamentaux régissant la participation du secteur privé au développement de l'infrastructure publique. Le cadre établit également les principes qui doivent guider l'acquisition.
- En novembre 2005, un organisme de la Couronne — Infrastructure Ontario — a été établi. Son mandat est de superviser la prestation de tous les projets en Ontario pouvant se prêter à la diversification des modes de financement et d'approvisionnement (DMFA). (En Ontario, l'approche P3 actuelle est connue sous l'acronyme DMFA.)
- Aux termes du plan d'investissement dans l'infrastructure *ReNouveau Ontario* de 2005, tous les projets DMFA doivent faire l'objet d'une analyse d'optimisation des ressources par des consultants indépendants, qui doivent s'assurer que les projets en question représentent des économies potentielles par rapport à l'approvisionnement traditionnel.

Le vérificateur a communiqué les principales conclusions et recommandations de son rapport sur le Projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'hôpital de Brampton (section 3.03 du *Rapport annuel 2008* du vérificateur) à la direction du William Osler Health Centre, à Infrastructure Ontario, au ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure et au ministère de la Santé et des Soins de

* Les partenariats entre le secteur public et le secteur privé sont généralement des ententes contractuelles entre le gouvernement et le secteur privé aux termes desquelles des entreprises du secteur privé fournissent des biens et des services, et les différents partenaires partagent les responsabilités et les risques. Les gouvernements concluent des ententes P3 parce qu'elles leur permettent de transférer les risques au secteur privé, qu'elles permettent aux deux secteurs de miser sur leurs points forts, qu'elles accélèrent les investissements et qu'elles aident à combler l'écart entre les besoins en infrastructure publique et la capacité financière du gouvernement.

longue durée (ministère de la Santé). Le vérificateur a souligné que, comme dans toute expérience nouvelle, il y a initialement des leçons à apprendre. Les hauts fonctionnaires de ces organismes ont reconnu cet état de fait et ont mentionné que le processus DMFA actuellement en place tient compte des questions soulevées par le vérificateur.

En mars 2009, le Comité permanent des comptes publics a tenu des audiences publiques sur la section 3.03 du *Rapport annuel 2008* du vérificateur général. À cette occasion, des hauts fonctionnaires des ministères ci-dessus et le William Osler Health Centre ont comparu devant le Comité. (Pour une transcription, voir le *Journal des débats du Comité*, 25 mars 2009.)

Le Comité endosse les conclusions et les recommandations du Comité et souhaite remercier le vérificateur et son équipe d'attirer son attention sur des questions importantes relatives à la participation du secteur privé au développement de l'infrastructure du secteur public.

Dans son rapport, le Comité fait un certain nombre de recommandations et demande aux ministères, à Infrastructure Ontario et au WOHC de faire parvenir une réponse écrite au greffier du Comité à l'égard de chacune des recommandations du Comité dans les 120 jours civils suivant le dépôt du rapport du Comité auprès du président de l'Assemblée législative, sauf indication contraire dans une recommandation.

VUE D'ENSEMBLE

Le William Osler Health Centre, l'une des plus grandes associations hospitalières de l'Ontario, dessert Etobicoke, Brampton et les environs, cette dernière étant parmi les régions de l'Ontario en plus grande croissance. Vers la fin des années 1990, la Commission de restructuration des services de santé a reconnu que la région de Brampton avait besoin d'un nouvel hôpital. En 2003, le WOHC a conclu une entente P3 avec des partenaires en vue de la construction de l'hôpital de Brampton. Les partenaires étaient le Régime de retraite des employés municipaux de l'Ontario (OMERS) et The Healthcare Infrastructure Company of Canada (THICC) – consortium regroupant deux sociétés du secteur privé, Ellis Don (entrepreneur en construction) et Carillion Canada Inc. (fournisseur de services non cliniques).

Aux termes de l'entente, le consortium était chargé de la conception, de la construction et du financement d'un nouvel hôpital de 608 lits, de la prestation de certains services non cliniques, ainsi que de l'entretien et de la maintenance des installations pendant une période de 25 ans. Le WOHC s'engageait à verser des paiements mensuels au consortium sur la période de 25 ans commençant à la date d'achèvement des travaux de construction. Le WOHC prévoyait aussi de réaménager l'Hôpital Memorial de Peel afin de disposer d'une capacité additionnelle de 112 lits.

En octobre 2007, le WOHC a ouvert le nouvel hôpital. Le coût total sur la période de construction de trois ans s'élevait à 614 millions de dollars pour la conception et la construction, les modifications et les frais de financement. L'hôpital avait 479 lits en service. Les prévisions quant au nombre de lits en service sont les suivantes :

- 527 lits en 2009-2010;
- 570 lits en 2010-2011;
- 608 lits en 2011-2012.

Au moment de la vérification, l'Hôpital Memorial de Peel n'offrait pas de services cliniques. L'avenir du projet de l'Hôpital Memorial de Peel devait être déterminé par le ministère de la Santé, le WOHC et le Réseau local d'intégration des services de santé.

Relation entre les ministères et Infrastructure Ontario

Le ministère de la Santé veille à l'état de la santé et du bien-être physique et mental de la population de l'Ontario et en améliore les divers aspects. Le mandat du ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure comprend la supervision de la prestation des grands projets d'immobilisations, notamment les hôpitaux, les palais de justice, les routes, les ponts, les aqueducs et d'autres biens publics. Infrastructure Ontario est une société d'État qui a recours à la DMFA pour la reconstruction des infrastructures de la province. Elle donne également aux municipalités, universités et autres organismes admissibles de l'Ontario accès à des prêts abordables pour la construction et le renouvellement des infrastructures publiques locales.

Le ministère de la Santé et le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure élaborent de grands projets d'immobilisations de concert avec les hôpitaux. Le ministère de la Santé travaille avec les hôpitaux et les RLISS pour déterminer la portée des programmes et services, de même que les questions d'espace et de conception, de partage des coûts d'immobilisations, de plan de financement de la part locale et du financement de fonctionnement postérieur à la construction. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure et Infrastructure Ontario surveillent la prestation des projets approuvés.

OBJECTIF DE LA VÉRIFICATION

Le vérificateur avait pour objectif d'évaluer si :

- la décision d'utiliser le modèle P3 était étayée par une analyse objective des différentes options;
- tous les risques et enjeux importants avaient été dûment pris en compte dans l'entente finale;
- les dépenses publiques avaient été engagées dans le respect des principes d'économie.

QUESTIONS SOULEVÉES DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ

Le vérificateur a constaté que le WOHC avait investi beaucoup de temps et d'efforts dans la planification et la mise en œuvre du projet du nouvel hôpital. Le WOHC ne pouvait toutefois pas choisir l'approche d'approvisionnement à adopter. C'est plutôt le gouvernement au pouvoir qui a opté pour le partenariat entre les secteurs public et privé (P3). Le vérificateur a remarqué que les options de rechange, dont l'approvisionnement traditionnel, n'avaient pas fait l'objet d'une analyse coûts-avantages appropriée avant que la décision soit prise. Cette lacune, conjuguée à d'autres préoccupations concernant le premier projet P3 au WOHC, a amené le vérificateur à conclure que le coût global aurait pu être moins élevé si l'hôpital et les services non cliniques connexes avaient été acquis selon l'approche traditionnelle plutôt que l'approche P3 adoptée en l'occurrence. Cependant, comme dans toute expérience nouvelle, il y a initialement des leçons à apprendre. Les hauts fonctionnaires de ces organismes ont reconnu cet état de fait et ont mentionné que le processus DMFA actuellement en place tient compte des questions soulevées par le vérificateur.

Respect des délais et des budgets : Comparaison de la méthode classique et du modèle DMFA

Selon le ministère de la Santé, la DMFA confirme l'obligation du secteur privé de livrer les hôpitaux dans les délais et les budgets prévus. Le Comité a demandé si le ministère avait mené un examen des projets de nouveaux hôpitaux réalisés selon le mode d'approvisionnement classique (par exemple, depuis les 20 dernières années) pour déterminer combien, parmi ceux-ci, ont été exécutés dans le respect des délais et des budgets. Le ministère a répondu qu'à son avis une telle étude n'existe pas.

Nombre total de projets de nouveaux hôpitaux en Ontario

Selon le ministère de la Santé, environ 117 projets de nouveaux hôpitaux sont en cours en Ontario. De ce nombre, 39 sont des grands projets qui ont été mis en oeuvre avant la création du plan d'action ReNouveau Ontario (qui relève d'Infrastructure Ontario), et 78 sont des grands projets ayant été annoncés par le gouvernement et dont l'exécution s'échelonnera jusqu'en 2011-2012.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

1. **D'ici à ce que les 117 projets de nouveaux hôpitaux en cours en Ontario soient terminés, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devra faire rapport annuellement au Comité permanent des comptes publics des projets ayant été terminés au cours de l'exercice, en précisant ceux qui ont – et n'ont pas – été livrés dans les délais et les budgets prévus. Le ministère devra également indiquer la méthode d'acquisition utilisée pour chaque projet de nouvel hôpital mentionné dans son rapport.**

Processus DMFA

Dans le cadre de la vérification du Projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'hôpital de Brampton, le vérificateur a conclu qu'il n'y a pas eu d'évaluation formelle des coûts et avantages respectifs des différentes options d'approvisionnement. Il a recommandé que toutes les possibilités soient évaluées, ainsi que d'envisager d'étendre la participation et l'expertise d'Infrastructure Ontario à tous les projets d'infrastructure. Le ministère de la Santé a indiqué que le processus DMFA actuel tient compte de la préoccupation du vérificateur selon laquelle chaque projet est évalué par rapport aux priorités stratégiques afin d'en assurer la conformité à ces priorités. Les décisions en matière d'investissement sont prises indépendamment de l'évaluation des options d'approvisionnement.

Le ministère a décrit la DMFA comme étant une méthode de prestation de grands et complexes projets d'infrastructure tirant partie des ressources et de l'expertise du secteur privé. Tous les projets entrepris par Infrastructure Ontario d'après la méthode DMFA sont régis par cinq principes clés :

- L'intérêt public doit être primordial.
- L'optimisation des ressources doit être évidente.
- La propriété et le contrôle publics appropriés doivent être maintenus.
- La responsabilisation doit être maintenue.
- Tous les processus doivent être justes, transparents et efficients.

Le ministère a souligné que tous les hôpitaux qui sont construits selon le modèle DMFA appartiennent au secteur public, sont exploités par le secteur public et rendent des comptes au public.

Transfert des risques

Dans son rapport sur le Projet de l'hôpital de Brampton, le vérificateur a affirmé que la mesure dans laquelle un contrat bien structuré aux termes d'une entente d'approvisionnement traditionnelle aurait pu se traduire par un coût global moins élevé aurait dû faire l'objet d'un examen plus attentif avant que l'approche P3 ne soit adoptée. En ce qui concerne la prestation de services non cliniques par l'hôpital, il a noté également que le William Osler Health Centre a estimé 95 millions de dollars en risques transférables aux partenaires du secteur privé en vertu de l'entente P3 pour les risques de fluctuation des prix découlant d'une erreur d'estimation ou de l'inflation. Selon le vérificateur, la plus grande partie de cette somme n'est pas réalisable, car l'entente de projet pour les services non cliniques prévoit une révision des prix. Le vérificateur a recommandé que tous les facteurs pertinents, dont ceux qui atténuent les risques, soient pris en compte dans l'attribution des risques transférables. Il a recommandé également que l'expérience acquise dans le cadre des projets DMFA antérieurs soit aussi mise à profit dans la mesure du possible et a ajouté que le transfert des risques doit être appuyé par les modalités de l'entente de projet.

Selon le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure, l'évaluation du montant prévu au titre du transfert des risques n'est pas scientifique, mais a fait l'objet d'un certain degré de discipline. Le ministère de la Santé est d'avis que la province obtient le meilleur rapport qualité-prix en envisageant des possibilités de transfert des risques associés au projet de construction. Selon lui, selon la méthode DMFA, les risques importants liés à la conception, la construction, le financement, le fonctionnement et l'entretien sont transférés au secteur privé.

Transfert des risques et envergure du projet

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure examine plusieurs critères relatifs aux risques avant de déterminer si un projet devrait être exécuté dans le cadre d'une structure DMFA, notamment : montant des risques pouvant être transférés; possibilités d'innover; envergure du projet. Le ministère détermine si le projet est suffisamment grand pour attirer du financement et susciter l'intérêt d'un consortium.

Autres risques

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a indiqué que d'autres critères sont évalués, notamment les types de risques associés au projet (p. ex., risque environnemental), les types de contraintes législatives et réglementaires en vigueur qui pourraient ne pas permettre l'approche DMFA, ainsi que d'autres conditions. Il a ajouté que la majorité des projets d'infrastructure de l'Ontario ne sont pas exécutés dans le cadre d'une entente DMFA, même si plusieurs sont en cours.

Processus d'Infrastructure Ontario

Le ministère de la Santé a affirmé que depuis que la construction de l'hôpital de Brampton est terminée, la façon dont les grands projets d'infrastructure sont construits et financés en Ontario a fait l'objet de modifications importantes. Il a ajouté que la plupart des problèmes relatifs au processus d'approvisionnement des projets qui ont été soulevés dans le rapport du vérificateur général sont désormais mieux gérés par Infrastructure Ontario.

Évaluation de l'optimisation des ressources

Le vérificateur a noté que l'évaluation de l'optimisation des ressources menée à l'égard du Projet de l'hôpital de Brampton n'était pas fondée sur une analyse complète de tous les facteurs et critères pertinents et a été faite trop tard pour apporter des améliorations au processus d'approvisionnement. Le vérificateur a recommandé que l'évaluation de l'optimisation des ressources se fonde sur des critères clairs et pertinents et soit faite tout au début du processus d'approvisionnement. Il a ajouté que l'évaluation de l'optimisation des ressources pourrait être perçue comme subjective, car seule l'approche P3 permettait au William Osler Health Centre d'obtenir des fonds pour un nouvel hôpital. Il a recommandé que la comparaison des coûts selon l'approvisionnement traditionnel et selon la formule DMFA suive un processus objectif.

Selon le ministère de la Santé, la méthode d'évaluation de l'optimisation des ressources d'Infrastructure Ontario a fait l'objet d'un examen et a été jugée saine par les grands cabinets comptables et par le vérificateur interne de l'Ontario. Les lignes directrices pour la sélection des partenariats entre les secteurs public et privé du gouvernement du Canada mentionnent le guide d'évaluation de l'optimisation des ressources d'Infrastructure Ontario comme étant son outil de prédilection pour déterminer l'optimisation des ressources. Selon le ministère de la Santé, le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure procède à une évaluation préliminaire des projets afin de déterminer s'ils peuvent se prêter à la DMFA et s'ils devraient être attribués à Infrastructure Ontario. Lorsque des projets sont attribués à l'organisme, l'évaluation de l'optimisation des ressources est effectuée à trois étapes différentes, l'analyse étant de plus en plus explicite à chaque nouvelle étape.

La première évaluation est effectuée avant la publication de la demande de propositions (DP). Les conseillers en génie et en architecture de l'hôpital établissent une estimation des coûts, ce qui permet d'obtenir une estimation de l'optimisation des ressources. Si l'optimisation des ressources est satisfaisante, Infrastructure Ontario approuve la publication de la DP. Une fois les soumissions reçues, une évaluation de l'optimisation des ressources est menée à l'égard du soumissionnaire principal. La troisième évaluation de l'optimisation des ressources est effectuée à la clôture financière, lorsque les taux sont déterminés à l'égard des coûts d'immobilisations et des coûts d'emprunt.

Infrastructure Ontario examine le coût d'emprunt pour le consortium (secteur privé) et pour le gouvernement. Il évalue également les coûts de base de la construction, qui sont les mêmes quel que soit le modèle d'approvisionnement retenu (classique ou DMFA). Le montant de la prime de risque retenue par le gouvernement pour le modèle d'exécution classique « conception-soumission-construction », en comparaison avec le modèle DMFA, est également évalué.

Infrastructure Ontario fait appel à des experts de l'industrie, à des conseillers de l'optimisation des ressources et à des données historiques pour évaluer la probabilité que les risques surviennent, ainsi que les répercussions de ces risques sur les coûts. L'évaluation de la prime de risque se fonde sur un registre de risques élaboré pour les hôpitaux en collaboration avec Altus Helyar, firme d'experts-conseils et d'évaluations immobilières qui conseille l'organisme. L'évaluation se fonde sur la probabilité et la gravité des risques, qui sont ensuite comparées aux coûts d'immobilisations, ce qui permet de déterminer la valeur potentielle des risques transférés. L'évaluation est effectuée à l'égard de chaque catégorie de risque de chaque projet, afin de déterminer qui assumera le risque, puis d'examiner la probabilité et la gravité de chacun.

Pour déterminer le coût total, Infrastructure Ontario inclut également les coûts de transaction et les coûts relatifs aux conseillers en lien avec le projet, et compare la méthode classique (« conception-soumission-construction ») à la méthode DMFA. Si les coûts de cette dernière sont inférieurs, on conclut que le processus DMFA permet une meilleure optimisation des ressources.

Expertise du conseil et d'Infrastructure Ontario

Le Comité a demandé comment le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure est en mesure d'uniformiser les règles du jeu dans le cadre de négociations avec, par exemple, d'énormes entrepreneurs multinationaux, nécessitant des financiers de banques d'investissement hautement spécialisés dans la négociation d'ententes et ayant des connaissances approfondies que ne possèdent pas les personnes qui mènent des négociations pour le compte de l'hôpital. Le ministère a demandé de ne pas sous-estimer le savoir-faire des membres du conseil d'administration de l'hôpital. Certains, par exemple, sont des spécialistes des services de banque d'investissement, des spécialistes des services bancaires aux grandes entreprises ou des dirigeants d'entreprise de construction. En outre, Infrastructure Ontario retient les services de spécialistes de domaines tels que l'ingénierie, la gestion de projets de construction, l'architecture, la conception et le financement de projets. Selon le ministère, Infrastructure Ontario a réussi à former une équipe chevronnée.

Des conseillers ayant travaillé avec certains des financiers dans le cadre d'autres transactions sont également embauchés. Ces conseillers sont chargés de prodiguer des conseils juridiques et possèdent une expertise en lois internationales en vigueur au Canada en matière de structuration de transactions, en conseils financiers et transactionnels en ce qui concerne le risque de crédit, ainsi qu'en évaluation financière. Certains bureaucrates ont travaillé dans le domaine du financement de projet et ont de l'expérience des projets d'infrastructure.

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a souligné qu'une transaction visant un hôpital constitue un processus d'approvisionnement. La transaction et sa structure sont définies par Infrastructure Ontario en collaboration avec l'hôpital, d'après des directives antérieures du ministère de la Santé. Les négociations en face à face ne constituent pas vraiment un enjeu dans le cadre de ces transactions. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure est d'avis que l'intérêt du public est bien protégé.

Projets dont l'exécution selon le modèle DMFA a été rejetée par Infrastructure Ontario

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a mentionné qu'Infrastructure Ontario a récemment déterminé, à la suite d'évaluations de l'optimisation des ressources, que deux projets, celui visant Quinte Health Care et un projet de reconstruction importante à l'Hôpital d'Ottawa, étaient réputés ne pas entraîner une optimisation des ressources et ne devaient donc pas être menés dans le cadre d'un modèle DMFA.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

2. **Comme il est désormais possible d'avoir accès à des spécialistes de la gestion de projet par l'entremise d'Infrastructure Ontario pour les projets acquis selon le modèle de diversification des modes de**

financement et d'approvisionnement (DMFA), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devra faire rapport au Comité permanent des comptes publics sur la façon dont le ministère est en mesure de surveiller si un hôpital entreprenant un projet acquis selon le modèle classique « conception-construction » est en mesure de faire appel à des spécialistes équivalents en matière de gestion de projet pour superviser ces projets.

Sélection de l'entrepreneur P3

Dans son rapport sur le Projet de l'hôpital de Brampton, le vérificateur mentionne qu'en Ontario, le nombre de sociétés en mesure d'entreprendre des projets institutionnels d'envergure est limité. Il ajoute que le mélange des sociétés spécialisées dans la construction d'immobilisations ou dans la prestation de services de soutien opérationnel dans le cadre du Projet de l'hôpital de Brampton limitait encore plus le nombre d'entreprises aptes à exécuter l'entente, ce qui a nui à l'optimisation des ressources. Il recommande de procéder à une évaluation globale du marché avant d'opter pour une entente DMFA.

Approche pour les services

Le ministère de la Santé a mentionné que l'approche DMFA pour la prestation de services diffère de l'approche antérieure pour les projets P3. En décembre 2006, le gouvernement a décidé d'exclure les services auxiliaires fournis dans les hôpitaux (p. ex., buanderie, services alimentaires aux patients, literie, conciergerie et entretien ménager) des projets DMFA. Le gouvernement fonde sa décision sur les risques que des difficultés opérationnelles surviennent. Seules les activités visant les installations physiques, par exemple la construction, l'entretien et l'ingénierie, qui seraient gérées par une entité externe, sont incluses dans les projets DMFA. Toutes les activités de gestion quotidienne de l'installation, par exemple les services de sécurité et de stationnement, sont permises à titre de projets DMFA, mais non obligatoires. Le ministère a affirmé que la décision d'exclure les services auxiliaires réaffirme l'engagement du gouvernement selon lequel les projets P3 visant des hôpitaux doivent avoir trait à la conception, la construction et l'entretien d'établissements hospitaliers. Les services ayant trait aux soins directs aux patients ne sont pas visés par les ententes DMFA.

Cycle de vie

Selon le ministère de la Santé, le cycle de vie fait partie intégrante des ententes DMFA à long terme. Aux termes de ces ententes, le partenaire du secteur privé est responsable tant de l'entretien quotidien que de s'assurer du respect des normes de l'installation physique durant toute la période de l'entente. Le Projet de l'hôpital de Brampton comprend les coûts complets du cycle de vie, ainsi que les services auxiliaires.

Selon M. Ken White, superviseur du WOHC, le cycle de vie peut constituer un élément clé pour attirer des investissements. Il souligne qu'en raison de pressions inflationnistes, l'entretien des hôpitaux fait l'objet de compressions et que des lacunes surviennent à mesure que l'infrastructure prend de l'âge.

Nature du contrat relatif à l'hôpital de Brampton, y compris le bail

Selon M. Ian Marshall, vice-président et avocat général du WOHC, une entente de projet principale a été conclue entre l'association de l'hôpital et une société de projet ad hoc. Il s'agit de l'entente générale couvrant les aspects du projet relatifs à la conception, la construction, le financement, l'entretien et la prestation des services auxiliaires. Un certain nombre d'ententes sous-jacentes conclues entre diverses entités facilitent la transaction. Mentionnons notamment le bail conclu entre l'association de l'hôpital et la société de projet, prévoyant une cession-bail à l'association de l'hôpital. En vertu de la cession-bail, l'association a le droit d'occuper les lieux, tant qu'elle respecte les conditions du bail. Selon M. Marshall, l'hôpital étant propriétaire en fief simple, est propriétaire des installations construites sur les lieux. (Il mentionne également qu'il s'agit d'une question d'avis juridique.) La solution du bail a été retenue parce qu'elle accorde à la société de projet (à la satisfaction du prêteur) une participation dans l'installation. Le prêteur ne recevra pas de paiement final avant la fin de la période de paiement de 25 ans. Plutôt que de transférer la propriété de l'hôpital à la société privée puis de la racheter à 1 $ après 25 ans, il est plus simple d'effectuer un bail et une cession-bail.

Coûts de financement

Dans son rapport sur le Projet de l'hôpital de Brampton, le vérificateur indique qu'en comparant les coûts de conception et de construction selon l'approvisionnement traditionnel et selon le modèle P3, l'hôpital a supposé qu'il n'y aurait pas de financement selon l'approche traditionnelle, mais que les coûts de conception et de construction seraient financés selon la formule P3. Le vérificateur recommande que, pour que toutes les options soient dûment prises en compte, la décision de construire et la décision de financer soient prises séparément. Le vérificateur mentionne également que dans le cas du Projet de l'hôpital de Brampton, les coûts additionnels associés à l'approche P3, y compris les différences dans les taux d'intérêt et autres coûts de transaction du secteur privé et du gouvernement, auraient dû être pris en compte dans le processus décisionnel. Il recommande donc que tous les coûts importants associés à l'approche DMFA soient pris en compte dans le processus décisionnel.

Selon M. Marshall, la société privée reçoit un montant forfaitaire mensuel appelé « frais unitaires/paiement unitaire », calculé conformément à un modèle financier de 200 pages. De nombreux postes du modèle ventilent les éléments qui entrent dans le calcul des frais unitaires. Ces éléments ont trait à des coûts tels que la construction de l'hôpital, les coûts de financement et les services quotidiens. L'entente prévoit des frais de financement à l'égard du capital. Le taux d'intérêt sur la créance prioritaire aux termes de l'entente – le taux des obligations types utilisé – était de 4,95 %. Le différentiel de taux était de 1,35 %, pour un taux d'intérêt nominal total de 6,3 % sur la créance prioritaire.

Au moment de la soumission des offres par le secteur privé, les soumissionnaires devaient offrir un taux type interpolé sur les obligations du gouvernement du

Canada, ainsi qu'un différentiel de taux fixe de 1,35 %.** Si le soumissionnaire ne pouvait se conformer à ce différentiel de taux, il avait la possibilité de se retirer du processus. Les soumissionnaires du secteur privé étaient tenus de trouver des modes de financement conformément aux promesses initiales, dans le respect des coûts prévus.

Déduction pour amortissement

Le Comité souhaitait savoir si une déduction pour amortissement avait été prise en compte dans le cadre des négociations contractuelles. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a répondu que le débat ne concerne pas les coûts d'immobilisations, mais bien le risque et dans le cas des partenariats entre le secteur public et le secteur privé (durant le processus d'approvisionnement relatif à l'hôpital de Brampton), il est question de transfert des risques. Le ministère a indiqué que la possibilité de prévoir une déduction pour amortissement pour le consortium du secteur privé ou pour un membre du consortium pourrait se traduire par une occasion de partage des gains pour la province. *** Toutefois, il a souligné que ce marché constitue un approvisionnement examinant certains critères précis, notamment l'engagement de financement du consortium et le coût total prévu du projet. Le ministère est d'avis que ces facteurs revêtaient un intérêt plus grand et s'appliquaient davantage à la province que les considérations relatives au traitement fiscal du consortium et à sa domiciliation; la façon dont le consortium avait décidé de se structurer et de tirer profit du traitement fiscal au Delaware n'était pas un facteur sur lequel la province pouvait influer.

Le Comité a ajouté que la province aurait pu influer sur ces facteurs en négociant un taux plus avantageux si le consortium avait eu un avantage sur le plan de la déduction pour amortissement. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a affirmé que la question était de déterminer à quel moment mettre un terme aux négociations.

Selon M. Marshall, l'hôpital souhaitait demeurer à l'abri des considérations relatives au traitement fiscal. L'hôpital ne voulait pas être touché si les attentes du consortium en matière de traitement fiscal ne pouvaient se réaliser. La structure des consortiums soumissionnaires était considérée comme de l'information de nature exclusive et confidentielle parce que tous les consortiums ne sont pas structurés de la même façon.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

3. **Infrastructure Ontario doit déclarer au Comité si son évaluation de l'optimisation des ressources inclut une estimation des avantages fiscaux éventuels découlant de déductions pour amortissement et d'autres postes inclus dans l'entente de diversification des modes de**

** L'interpolation consiste à calculer un taux à une date ultérieure qui ne tombe pas à une date fixe.
*** Le partage des gains signifie que si le coût réel est inférieur au coût prévu, l'entrepreneur partage le montant de l'écart avec l'acheteur.

financement et d'approvisionnement (DMFA) dont pourraient profiter ses partenaires du secteur privé.

Déclaration et coût du financement de projets particuliers

Le Comité a demandé pourquoi le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure ne révèle pas le coût du financement de certains projets. Le ministère a répondu que le coût du financement est propre à chaque projet et à chaque consortium. Le taux varie d'un consortium à l'autre, selon des facteurs tels que sa cote de crédit, sa structure, sa capacité à financer un projet et la mesure dans laquelle il peut obtenir du financement engagé. Les conditions évoluent dans le temps. Le taux d'emprunt constitue de l'information exclusive appartenant au consortium. La politique de divulgation mentionnée ci-dessus par le ministère de la Santé vise à rendre l'information disponible en vue d'accroître la transparence le plus possible sans que cela ait des répercussions sur les renseignements exclusifs du consortium.

Le Comité a demandé s'il pourrait obtenir le coût moyen du financement des projets P3 et DMFA. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a répondu que ces renseignements constituent des données simples prises hors contextes. Fournir une moyenne pour des projets différents et variant selon des facteurs tels que le modèle « conception-construction-financement » par opposition au modèle « conception-construction-financement-entretien », la taille du projet, les membres du consortium, la capacité d'emprunt et les engagements divergents serait source de désinformation. Le ministère a également mentionné que la politique d'Infrastructure Ontario ne prévoit pas la communication de ces renseignements. Le Comité a indiqué qu'il comprend qu'Infrastructure Ontario ne révèle pas les données relatives au financement de certains projets. Le Comité a demandé que le ministère fournisse le coût du financement moyen, d'après un ensemble de projets qu'il croit représentatif, afin de permettre de déterminer, dans une certaine mesure, combien les Ontariens paient pour le financement des projets. Le ministère a répondu qu'il envisagerait cette possibilité.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

4. **Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure doit faire rapport au Comité permanent des comptes publics du coût moyen du financement des ententes de projet DMFA qui ont été conclues à ce jour à l'égard d'hôpitaux.**

Hausses de coûts à la suite du choix du soumissionnaire

Coûts de projet définis initialement, y compris les devis relatifs à l'installation d'équipement

Dans son rapport, le vérificateur mentionne que le WOHC a versé 63 millions supplémentaires, principalement pour les modifications à apporter aux bâtiments afin de pouvoir installer l'équipement médical, et est d'avis qu'une meilleure planification initiale aurait permis d'éviter une partie de ces coûts, ce que le

WOHC a reconnu. Selon le ministère de la Santé, le processus DMFA a été amélioré de façon que tous les devis relatifs, par exemple, à l'installation d'équipement, fassent partie de l'analyse initiale.

Le ministère de la Santé et l'hôpital déterminent ces stipulations avant que la demande de propositions soit publiée afin de limiter les modifications de la portée apportées durant la construction, de garder les coûts conformes au budget et de permettre à l'entrepreneur de respecter les échéances. Cela signifie que les décisions importantes touchant l'équipement ont déjà été prises et sont intégrées à l'entente avant la construction de l'immeuble. Selon le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure, le devis que l'hôpital est tenu de définir pour le projet est essentiel dès le début parce qu'il détermine les éléments qui seront exigés du soumissionnaire, et doit être intégré aux documents de la DP. Ainsi, les soumissionnaires comprennent bien la nature du projet auquel ils soumissionnent et les possibilités de modifier la portée du projet par la suite sont très restreintes.

Selon le ministère de la Santé, dans le cas de l'hôpital de Brampton, quelques « dérives » ont été constatées. L'importance de la planification préalable a été l'une des leçons acquises dans le cadre de ce projet. Selon le ministère, comme le devis du projet, les volumes, la taille et la portée sont désormais définis dès le début et intégrés au processus de DP et d'appel d'offres, les décisions sont figées sur le principe d'une compréhension claire de la taille et de la portée du projet. Il est impossible de complètement éviter les augmentations de coûts au fil du temps, attribuables aux coûts monétaires, aux coûts de construction et à la conjoncture économique. Toutefois, il ne s'agit pas d'une situation propre aux projets DMFA, c'est un problème qui touche tous les projets de construction du ministère de la Santé.

La responsabilité d'Infrastructure Ontario en gestion de projet, une fois le consortium choisi, consiste à représenter le client (l'hôpital et le ministère de la Santé) et à protéger ses intérêts. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a cité un exemple de protection des intérêts du client, en lien avec des préoccupations géotechniques dans le cadre d'un projet. Infrastructure Ontario a affirmé que le client avait transféré le risque géotechnique à l'entité responsable de la construction, et cette dernière aurait dû être préparée adéquatement en acquérant une compréhension de questions telles que les conditions du sol. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a ajouté qu'une fois le marché conclu, il est fastidieux de le rouvrir, ce qui impose une certaine discipline pour éviter la modification des clauses convenues. Les financiers contribuent à une discipline accrue à cet égard. Ils veulent s'assurer que les fonds qu'ils ont investis ne seront pas touchés (négativement), étant donné qu'ils ne sont pas payés tant que l'hôpital ne juge pas que le projet est terminé.

Devis descriptif générique

Le ministère de la Santé, conjointement avec des collègues, a formulé un « devis descriptif générique ». Dans le cas d'un nouvel hôpital, ce devis descriptif générique s'applique de façon uniforme et permet de gagner du temps aux étapes

des consultations et de la conception. Ces lignes directrices sont désormais intégrées aux devis de tous les projets semblables.

Recommandation du Comité

5. **Le Comité permanent des comptes publics est encouragé par le potentiel d'optimisation des ressources qui découle de l'adoption d'un devis descriptif générique et par conséquent, demande que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée déclare si tous les projets d'immobilisations relatifs à des hôpitaux sont tenus de se conformer à ce devis.**

Part locale des coûts des immobilisations et de l'équipement

Dans son rapport, le vérificateur mentionne qu'au début, il manquait beaucoup de fonds au WOHC pour payer sa part des coûts de conception et de construction et de l'équipement, et ajoute que le gouvernement devra assumer le manque à gagner. Il recommande qu'avant d'approuver la construction d'un nouvel hôpital, le gouvernement procède à une évaluation plus complète afin de déterminer si le plan de l'hôpital pour payer la part locale du financement est réaliste.

Selon le ministère de la Santé, à l'heure actuelle, les coûts des immobilisations des projets sont assumés à 90 % par la province et à 10 % par la collectivité locale. Depuis un certain nombre d'années, le ministère a adopté des ratios différents pour les projets d'immobilisations, de même qu'une politique de financement pour l'ameublement et l'équipement. Le ratio a varié de 50-50 à 80-20 et dans certains cas, le ministère a assumé la totalité des coûts, la plupart du temps dans le cas d'établissements de santé mentale ou très spécialisés. L'hôpital, et donc la collectivité locale, a toujours été tenu de mobiliser des ressources financières pour couvrir la petite part du ratio.

Depuis 2006, le ratio est de 90-10. La raison de ce ratio est que les coûts associés à la reconstruction complète des hôpitaux et au remplacement de l'infrastructure totale ont augmenté au rythme de l'accroissement de l'envergure des projets. Les collectivités locales ont de plus en plus de difficulté à mobiliser des montants importants de l'ordre de 20 %, 30 % ou 40 % des coûts. Le gouvernement a donc décidé qu'il était plus important de remplacer l'infrastructure et d'examiner de nouveau le modèle de partage du financement, d'où l'adoption du ratio 90-10. Selon le ministère de la Santé, ce ratio contribue à réduire le fardeau de la mobilisation de financement pour la collectivité.

Les achats d'équipement ont également fait l'objet d'un changement. Auparavant, le ministère de la Santé défrayait une partie importante du coût des nouveaux équipements. Désormais, les hôpitaux assument la totalité de ces coûts.

Le Comité a soulevé la question de la difficulté qu'a la collectivité à évaluer et à réagir à une augmentation de la part locale qui découle de l'augmentation des coûts tout au long de la durée du projet. Selon le ministère de la Santé, le cycle de planification est long et dure non pas des mois, mais des années. La technologie

évolue avec le temps, ce qui entraîne une augmentation des coûts des projets avant la fin du processus de planification. Les coûts peuvent poursuivre leur augmentation durant le processus de DP et la période de construction, dans la foulée de l'augmentation des coûts de construction. Dans les cas où la part locale des coûts en immobilisations était de 50 %, ces augmentations de coûts peuvent avoir des répercussions importantes sur les collectivités locales. C'est la raison pour laquelle le gouvernement a décidé de transférer à la province une part importante des coûts de construction.

Crise du crédit

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a parlé des changements radicaux qui se sont produits dans les marchés du crédit depuis l'automne 2008. Il a mentionné que les fonds de capitaux privés et d'infrastructure ont resserré les conditions de crédit, mais qu'on a pu observer une fuite vers les projets de qualité définis par leur nature et leurs promoteurs. Le ministère a fait référence de façon précise aux promoteurs des projets d'infrastructure gouvernementale, qui attirent du capital et de la participation au capital d'un large éventail de financiers et d'institutions de financement. Trois projets ont été conclus avec succès depuis l'automne avec Infrastructure Ontario.

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a souligné qu'en vertu du modèle DMFA, le financement engagé doit être fourni au moment de la conclusion de l'entente. Le passage de la clôture de l'entente à la clôture financière peut prendre des semaines et même parfois des mois, comme c'est le cas depuis le resserrement du marché du crédit. Selon le ministère, ses projets ont tous été conclus en fonction de la capacité des promoteurs en cause à obtenir du financement. Il a ajouté que la responsabilité de la surveillance de la disponibilité du crédit incombe à Infrastructure Ontario. Infrastructure Ontario examine chaque semaine la conjoncture des marchés du crédit et examine sa façon d'évaluer le financement et le financement engagé prévus dans les ententes des projets et les processus de DP.

Entente de projet et surveillance du rendement

Entente contractuelle avec l'hôpital de Brampton pour la prestation de services non cliniques

Dans son rapport sur le Projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'hôpital de Brampton, le vérificateur mentionne que le WOHC n'a pas encore établi de procédures pour surveiller le rendement de son partenaire (en ce qui a trait à la prestation de services non cliniques). Il recommande que les hôpitaux mettent en place des procédures qui leur permettent de vérifier le rendement des entrepreneurs et que les rajustements consécutifs au paiement unitaire soient effectués en temps opportun.

Selon le ministère de la Santé, l'entente de service pour l'hôpital de Brampton est vaste. Chaque aspect de la prestation de services, notamment l'entretien ménager et la buanderie, nécessite des dispositions contractuelles détaillées pour assurer une optimisation continue des ressources. M. White a décrit ces ententes

contractuelles comme étant des documents détaillés difficiles à comprendre, et a ajouté qu'il est difficile de déterminer les mesures à prendre pour fournir les niveaux de service requis. Le ministère de la Santé a mentionné que la décision prise en 2006 d'exclure les services non cliniques des ententes DMFA a contribué à simplifier grandement ces ententes.

M. White a mentionné qu'une simplification est nécessaire pour que la mise en oeuvre des ententes permette d'atteindre des objectifs et ne consiste pas seulement en un travail de gestion de paramètres. À l'hôpital de Brampton, tout écart se situant entre 95 % et 105 % à l'égard, notamment, des volumes de services d'entretien ménager ou de services de conciergerie, est rajusté chaque mois sur la facture. L'hôpital paie uniquement pour les services reçus. Il existe des paramètres additionnels pour régir des éléments tels que les niveaux de satisfaction. Ces paramètres sont complexes, mais le but est que l'hôpital ne paie que pour les services qu'il obtient.

Le Comité a posé une question au sujet d'une remarque faite par le prédécesseur de M. White, selon laquelle il est prévu que l'hôpital de Brampton recevrait davantage de services non cliniques à la suite de l'entente. M. White a répondu qu'on a l'impression que les gens déploient beaucoup d'efforts en vue de conclure une entente complexe, mais très détaillée, comportant des cibles rigoureuses. Il croit que le commentaire de son prédécesseur se fondait sur cet état de fait. Toutefois, il a ajouté qu'il est désormais nécessaire de simplifier le tout et de se concentrer sur ce qui est requis sur le plan du service, plutôt que sur certaines attentes susceptibles, à son avis, de ne pas être raisonnables.

Selon M. White, le budget d'exploitation de l'hôpital comprend le budget global et le plan de fonctionnement postérieur à la construction, qui comprend les éléments relatifs à la prestation des services non cliniques et prévoit des coûts standards en ce qui a trait à l'augmentation des niveaux de services aux patients. Si les niveaux des services non cliniques sont accrus, alors une plus grande part du budget d'exploitation est consacrée aux services non cliniques. Toutefois, M. White a souligné que cette augmentation de coûts est assumée par le ministère de la Santé. Le Comité a demandé quels sont les facteurs incitant à maintenir les coûts bas si le ministère assume les augmentations. M. White a répondu qu'il discute actuellement de cette question avec le ministère. L'objectif est de déterminer comment simplifier l'entente de prestation des services non cliniques et comment instaurer les bonnes mesures incitatives pour réduire les coûts. M. White est heureux de la décision prise en 2006 par le gouvernement d'exclure les services auxiliaires des ententes DMFA.

Transparence et responsabilisation

Dans son rapport sur l'hôpital de Brampton, le vérificateur mentionne qu'il n'y avait pas de politique standard sur les pratiques de divulgation propres aux ententes P3. Il recommande que, afin d'assurer la transparence, Infrastructure Ontario établisse et communique une politique en matière de divulgation des renseignements sur les projets DMFA.

Le ministère de la Santé a répondu à cette recommandation en mentionnant qu'Infrastructure Ontario s'est engagé à faire preuve de transparence et se conforme à une politique de divulgation à l'égard de tous les projets. Conformément à cette politique, les demandes de qualifications sont affichées sur MERX (ce qui est un service d'offre de soumission électronique du gouvernement), tandis que les demandes de propositions, les ententes de projet et les rapports d'optimisation des ressources sont accessibles au public sur le site Web d'Infrastructure Ontario. Les méthodologies relatives à l'optimisation des ressources et au transfert des risques sont également publiques.

Approche future pour les hôpitaux : Déménagement dans de nouvelles installations

Le ministère de la Santé a indiqué que la décision de nommer un superviseur au WOHC dans le cadre du Projet de l'hôpital de Brampton reposait sur la complexité de mener à bien un projet de construction d'une telle envergure et de déménager dans un nouvel immeuble tout en continuant d'offrir des services de qualité aux patients. Le ministère procède actuellement à la formulation d'un processus pour gérer ces enjeux à l'avenir. M. White a indiqué qu'il siège au comité du ministère qui examine les moyens de gérer de telles transitions.

Le ministère a indiqué qu'à l'hôpital de Brampton, des modifications aux méthodes de fonctionnement étaient nécessaires parce que les membres du personnel n'étaient pas familiarisés avec la nouvelle installation, qui diffère de l'ancienne. Déménager au nouvel hôpital, prendre la situation en mains et déterminer de nouveaux modes de fonctionnement pour tenir compte des nouveaux lieux sont des aspects importants qui ont été pris en considération. Le ministère est à formuler une approche plus cohérente pour faciliter le processus de déménagement des hôpitaux dans de nouveaux lieux.

Le Comité a commenté les critiques formulées par les membres de la collectivité locale au sujet de la qualité des services offerts par l'hôpital de Brampton. M. White a répondu que l'hôpital de Brampton est un hôpital d'avant-garde en Ontario, doté de technologies et d'un personnel de pointe. Toutefois, il a constaté que la transition à ce type d'installation a été très difficile et qu'à l'époque, l'hôpital a été confronté à de nombreux problèmes internes. M. White a ajouté qu'il sera nécessaire de prévoir de tels problèmes à l'avenir, car ils peuvent mettre indûment en péril la stabilité et la sécurité des soins aux patients. Il a indiqué que selon lui, la plupart des problèmes relatifs à l'hôpital de Brampton ont été abordés et a précisé que la collectivité avait des attentes divergentes quant à l'emplacement du nouvel hôpital et à ce qu'il adviendrait de l'ancien. L'hôpital a travaillé en très étroite collaboration avec la collectivité et a réalisé quelques gains importants.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

6. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire rapport au Comité permanent des comptes publics au sujet de toute ligne directrice mise en oeuvre pour faciliter la transition de l'ancien hôpital vers le nouveau. Si le ministère dispose de telles lignes directrices, il doit également préciser dans quelle mesure le Projet de l'hôpital de Brampton a influé sur leur contenu.**

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

1. **D'ici à ce que les 117 projets de nouveaux hôpitaux en cours en Ontario soient terminés, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devra faire rapport annuellement au Comité permanent des comptes publics des projets ayant été terminés au cours de l'exercice, en précisant ceux qui ont – et n'ont pas – été livrés dans les délais et les budgets prévus. Le ministère devra également indiquer la méthode d'acquisition utilisée pour chaque projet de nouvel hôpital mentionné dans son rapport.**

2. **Comme il est désormais possible d'avoir accès à des spécialistes de la gestion de projet par l'entremise d'Infrastructure Ontario pour les projets acquis selon le modèle de diversification des modes de financement et d'approvisionnement (DMFA), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devra faire rapport au Comité permanent des comptes publics sur la façon dont le ministère est en mesure de surveiller si un hôpital entreprenant un projet acquis selon le modèle classique « conception-construction » est en mesure de faire appel à des spécialistes équivalents en matière de gestion de projet pour superviser ces projets.**

3. **Infrastructure Ontario doit déclarer au Comité si son évaluation de l'optimisation des ressources inclut une estimation des avantages fiscaux éventuels découlant de déductions pour amortissement et d'autres postes inclus dans l'entente de diversification des modes de financement et d'approvisionnement (DMFA) dont pourraient profiter ses partenaires du secteur privé.**

4. **Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure doit faire rapport au Comité permanent des comptes publics du coût moyen du financement des ententes de projet DMFA qui ont été conclues à ce jour à l'égard d'hôpitaux.**

5. **Le Comité permanent des comptes publics est encouragé par le potentiel d'optimisation des ressources qui découle de l'adoption d'un devis descriptif générique et par conséquent, demande que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée déclare si tous les projets d'immobilisations relatifs à des hôpitaux sont tenus de se conformer à ce devis.**

6. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire rapport au Comité permanent des comptes publics au sujet de toute ligne directrice mise en oeuvre pour faciliter la transition de l'ancien hôpital vers le nouveau. Si le ministère dispose de telles lignes**

directrices, il doit également préciser dans quelle mesure le Projet de l'hôpital de Brampton a influé sur leur contenu.